

Convegno Bulimia: un'ombra sul cuore

SCHEDA DI ISCRIZIONE

DATI PERSONALI (SI PREGA DI SCRIVERE IN STAMPATELLO LEGGIBILE)

Cognome _____ Nome _____
CodiceFiscale _____ P.IVA _____
Indirizzo residenza _____
CAP _____ Città _____ Prov. _____
Tel. _____ e-mail _____

DATI PROFESSIONALI (SI PREGA DI SCRIVERE IN STAMPATELLO LEGGIBILE)

Titolo di studio _____
Qualifica _____ Specializzazione _____
Azienda/Ente di appartenenza _____
Posizione _____
Indirizzo _____
Tel. _____ Fax _____ e-mail _____

INSERIRE TUTTI I DATI RICHIESTI CORRETTAMENTE PER LA FATTURAZIONE

IL CORSO PREVEDE CREDITI ECM PER MEDICI, PSICOLOGI, EDUCATORI, DIETISTI, INFERMIERI, BIOLOGI NUTRIZIONISTI

**LA QUOTA DI ISCRIZIONE E' DI 35€ PER I NON SOCI, 20€ PER SOCI SIRIDAP E ABA,
STUDENTI GRATUITO (con obbligo di iscrizione)**

CAUSALE VERSAMENTO: Convegno giugno 2017 – Cognome e Nome partecipante

INTESTAZIONE: Investimenti Ceresio srl IT 06 V 08374 33240 00 00 06 602918

L'iscrizione deve essere effettuata inviando la scheda compilata e la ricevuta del versamento effettuato

ENTRO L'08/06/2017

al n. di fax 0332 920290 o all'indirizzo mail: convegno@villamiralago.it

data _____

Firma _____

INFORMATIVA AI SENSI DEL D.LGS. 196/2003

La informiamo che i dati raccolti verranno trattati e conservati secondo correttezza e utilizzati esclusivamente per i fini legati allo svolgimento del corso di cui alla presente richiesta. Non saranno oggetto di comunicazione né di diffusione. In ogni momento ha facoltà di esercitare i diritti previsti dell'articolo 13 della predetta legge ed in particolare chiedere la correzione, integrazione o cancellazione degli stessi. La informiamo che il titolare del trattamento è ASSOCIAZIONE MEDICI LEGNANO.

La firma di autorizzazione al trattamento dei dati è obbligatoria ai fini del completamento dell'iscrizione

Data _____

Firma _____